

做称职的 神经科医生

The Effective Clinical Neurologist

第3版

原著

Louis R. Caplan • Joshua Hollander

主译

章政 毛拥军



做称职的 神经科医生

第3版

原 著

Louis R. Caplan Joshua Hollander

主 译

章 政 毛拥军

副主译

范存晖 王世梅 宫丽莉 张仲义

译 者 （按姓氏拼音排序）

范存晖	宫丽莉	胡 松	胡 怡	刘志明	毛拥军
逢 帅	宋 蕾	隋亚玉	王 重	王桂美	王世梅
王宗秋	徐晓静	张 敏	章 政	张仲义	赵鹏飞

人民卫生出版社

The Effective Clinical Neurologist by Caplan and Hollander
© People's Medical Publishing House-USA, Ltd.
2 Enterprise Drive, Suite 509, Shelton, CT 06484, USA
Tel: (203) 402-0646
E-mail: info@pmph-usa.com

All rights reserved. No part of this publication may be reproduced, stored in a retrieval system, or transmitted, in any form or media or by any means, electronic, mechanical, photocopying, recording, or otherwise, without prior written permission from PMPH-USA.

版权所有, 包括全部或部分资料的翻译、复印、图片再使用、引用、广播、微缩或其他途径复制、数据库储存等。违者必究。

出版者不能保证本书中关于剂量和应用的所有信息完全准确。在每一个个例中读者必须参考相关信息。

图书在版编目 (CIP) 数据

做称职的神经科医生 / (美) 凯普兰主编; 章政等译. —北京: 人民卫生出版社, 2012. 2
ISBN 978-7-117-15274-7

I. ①做… II. ①凯…②章… III. ①神经病学 IV. ①R741

中国版本图书馆CIP数据核字 (2011) 第265153号

门户网: www.pmph.com	出版物查询、网上书店
卫人网: www.ipmph.com	护士、医师、药师、中医师、卫生资格考试培训

版权所有, 侵权必究!

做称职的神经科医生

主 译: 章 政 毛拥军
出版发行: 人民卫生出版社 (中继线 010-59780011)
地 址: 北京市朝阳区潘家园南里 19 号
邮 编: 100021
E - mail: pmph@pmph.com
购书热线: 010-67605754 010-65264830
010-59787586 010-59787592
印 刷: 三河市双峰印刷装订有限公司
经 销: 新华书店
开 本: 710×1000 1/16 印张: 19
字 数: 347千字
版 次: 2012年2月第1版 2012年2月第1版第1次印刷
标准书号: ISBN 978-7-117-15274-7/R · 15275
定 价: 45.00元
打击盗版举报电话: 010-59787491 E-mail: WQ@pmph.com
(凡属印装质量问题请与本社销售中心联系退换)

做称职的 神经科医生

The Effective Clinical Neurologist

第3版

原 著

Louis R. Caplan • Joshua Hollander

主 译

章 政 毛拥军

人民卫生出版社

致谢

我要感谢我的启蒙老师们——他们在我早期内科培训时给我作出了榜样: Eph Lisansky, Ted Woodward, Maurice Pincoffs, T. Nelson Carey和Phillip Tumulty医生; 我的医学系领导位置的继承人, 所有这些显赫的科学家、教师和人们: Howard Hiatt, Frank Epstein, Lou Sherwood, Jordan Cohen和 Shelly Wolfe医生; 我的神经病学老师: Charles Van Buskirk, Derek Denny-Brown, C.Miller Fisher, Raymond Adams, John Sullivan, Joe Foley, Rick Tyler以及Pierson Richardson医生。我要谢谢在塔夫茨和芝加哥大学、哈佛的我的学生、住院医生和伙伴们, 在Beth Israel医院和波士顿新英格兰医学中心的同事以及在芝加哥的Michael Reese医院的同事, 有他们多年的激励、见识、帮助和支持。最重要的是, 我要深深感谢我的患者, 他们的生病、个性、力量和薄弱教给了我许多有关疾病、保健和生命方面的知识。我内心长久欠下这些患者的债务是永远也无法偿还的, 我把这本书奉献给他们。如果对将来的患者保健方面能够有一点点帮助的话, 本书将是成功的。

我要谢谢Ron Cranford, Don Aaronson, Sara Charles和Richard Beresford医生在第14章关于医学法律方面的审阅和评论。我非常感激Larry Levitt, Marty Samuels, Alex Reeves和Matt Menken医生对整个书稿的仔细检查和其发表的一些令人深思的见解。

Louis R.Caplan

对那些做我老师多年的内科医生进行肯定是合适的。在哥伦比亚, Robert Fishman和Lewis Rowland带我追随神经病学。在Vanderbilt, David Rogers是我医学系的主任, Bertram Sproffkin始终让我保持着对神经病学的兴趣。在我当住院医生期间, C.Miller Fisher, Raymond Adams和Pierson Richardson教授我神经病学。在罗切斯特, Robert Joynt是我了解真相和人生观的源泉。Robert Griggs能认识到教授住院医生和神经病学医学生的重要性。Gerald Honch, 一个真正的临床医生, 和Sheila Hollander认识到我的不足, 并对我很包容。我的同事允许我分享他们患者的治疗过程。患者很愿意与我分享他们详细的病情, 并允许我从他们的病情中进行学习。我竭力从患者中学习临床知识, 我欠他们很多。

30年来, 住院医生们和医学生们向我提出问题, 我不是总能回答他们。这让我觉得羞愧, 同时这也让我保持着学习的活力。

Joshua Hollander

译者前言

Louis R. Caplan, 医学博士, 马萨诸塞州波士顿市哈佛医学院神经病学系教授, Beth Israel Deaconess医学中心卒中科主任, 以其学术盛名堪称现代神经内科的泰山北斗。Joshua Hollander, 医学博士, 纽约罗切斯特大学医学和牙科学院神经病学系名誉教授, 罗切斯特总医院神经病学系主任, 也是非同凡响。这样二位大家, 却不厌其烦地修撰出版此书, 倾情奉献, 其用心良苦, 只有您阅读之后才能领略其中。

本书作为教会您“怎样做”专业书籍, 内容丰富, 涵盖了神经内科的方方面面, 较一般专著更增添了医患沟通、医疗法规的相关内容, 告诉我们如何在诊疗过程中少走弯路。它对从医各个阶段的难题早已料定, 事无巨细, 并具实例, 只要对号入座, 疑惑定能迎刃而解。它还有人文精神渗透其中, 那是一种关注人生真谛和人类命运的理性态度, 对理想、信仰和自我实现的执著, 对生命、死亡和生存意义的探索。虽然中美的医疗环境、价值观念迥然不同, 但对医学的人文主义要求上却并无大异。力劝神经内科实习医生、住院医生详尽研读该书, 它特别适合事业幼年期的您。

本册也有科普之风, 讲解深入浅出, 立论别具匠心, 并非执迷于学究。作为茶余饭后或睡前的浏览消遣, 每个案例的机缘都可能开启您由本能到顿悟、再由顿悟到灵感的医学理想之旅。理解必建立于了解之上! 患者乃至对医学好奇的人们、各个专业的医学青年们都可一读, 去品味神经内科的幡然医理, 感叹神经内科医生忙碌的职业生涯。

原著颇重文采, 唯恐在译著时毁掉其文学之美, 误传了本意神韵。作为读者的您不妨闲暇时找来原文一阅, 能给我们一些善意的点评, 同时亦品尝一场原味的英语飨宴。

在本书付梓之际, 特别感谢我的老师崔益群教授对我们承担翻译工作的支持与指导; 感谢全体译者的鼎力协作, 他们除了青岛大学医学院附属医院的同事及在读学生研究生之外, 还有外援刘志明、逢帅、王世梅和王重; 感谢人民卫生出版社赐予第3版翻译之良机。

青岛大学医学院附属医院

章 政 毛拥军

2011年 秋天

原版前言

本书是一本致力于教年轻、初级内科和神经内科医生“怎样做”的书,第3版再版目的仍在于此。现有医学院校及研究生教育都着重于基本知识、临床技能和疾病病理。在应对疾病时,医生欲竭尽他或她所学之术施予患者,却陷于器官、症状、体征、化验、程序、药物的泥泽之中,从而漠视了患者是一个“人”以及医患间的“互动关系”。培训课程及老师也总是把为患者提供有效的治疗作为医学生和住院医生培训的优先目的,远不及此的人文关怀沦为次席。在如何教育年轻医生成为称职的临床医生上——神经内科或欲成此业的其他专科医生,也没有合适之用书,本书志在填补这一空白。

本书分两个主要部分。第一部分中论及医患互动的各个方面,从接诊谈话开始,接下来依次为病史采集、体格检查、诊断、辅助检查的选择和结果分析、治疗、病案书写以及医生告知信息并与患者互动,将列举大量事例。从第2版增加了确诊与误诊的章节。本书第二部分将讨论诊疗保健的类型和场所,例如,院内、院外和会诊以及诸如学术界需要考虑的问题、住院医生的培训以及医学法律纠纷等。

这本书对于年轻医生和医学生在临床医学的实践生涯中非常实用,尤其针对那些将要去照料患有神经疾病患者的医生。内科医生、教育家和负责临床和神经科医生教学和培训的高年资神经科医生也可从本书中获益。

(章 政 胡 怡 译)

目 录

第一部分 临床神经科医生	1
第1章 临床神经科医生：活动范围、方法以及其独特性	2
第二部分 与患者会面	15
第2章 总体策略	16
第3章 病史采集	26
第4章 一般全身和神经系统查体	52
第5章 病史记录：体格检查及调查研究	87
第6章 安排辅助检查和解读结果	101
第7章 治疗：神经科医生能给患者提供些什么	129
第8章 确诊和误诊	144
第9章 医患沟通和总结谈话	156
第三部分 会面的类型	181
第10章 住院患者的诊疗	182
第11章 门诊患者的保健	201
第12章 会诊	220
第13章 医学生、助理住院医师、实习医生和学术	232
第14章 神经内科相关的医学法律概况	253
第四部分 概述	271
第15章 归纳和总结	272
第16章 医生的十条戒律	277
索引	278

第一部分 临床神经科医生

1

临床医生必备品质之一在于关注人性,关爱患者的秘诀在于关心患者其本身。

这本书是针对临床神经科医生的,我们认为从描述他们及他们的行为说起比较好。首先讨论临床术语的来历,及其现代的用法和本书中应用临床术语的方法。然后讨论临床神经科医生和有效诊断、处置神经系统疾病患者的专业方法。

第 1 章

临床神经科医生：活动范围、方法以及其独特性

一位临床医生,其天职是要以消除患者所患疾病带来的全部影响为目的。

——Phillip Tumulty^{1,2}

一名称职的内科医生懂得“疾病(disease)”与“生病(illness)”之间的区别,前者是一系列的生物学事件,而后者是一个复杂的人的事件以及其症状、其他一些不适,还代表了以他或她先前存在的身体和社会心理相互影响为特点,并伴随着一系列经常以疾病为表现形式的环境因素。这种对患者及其病变器官的考虑方向,使得我们尽量不只用技术学方法去解决临床的实际问题。

——Jeremiah Barondess³

华生:你谈到了危险。在这些房间里,你所看到的东西明显比我看到的要多。

福尔摩斯:不,也许只是我挤掉的水分比你多一些罢了。我想我看到的所有东西你都看到了。

——科南·道尔⁴

临床医生

“诊所”一词起源于希腊语的名词“klinikos”,与床有关系。形容词“临床的”(clinical)意思是指围绕着床边为中心所进行的一些活动,因为在早期时代,只有当患者病到卧床不起的时候,内科医生才成为他们最后一个求助对象。后来,当多数患者在与医生相遇时,包括一些可走动的门诊患者,“临床的”一词的应用便扩大到包括直接与学生相关的任何活动。根据定义,临床医生(clinician)就是与患者打交道的一些人,但是,当把clinical这一形容词应用到一位内科医生(physician)时,常常暗含着称赞。当我们称某人为clinician时,意味着他或她在诊断及与患者互动方面具有特殊的技能。

对于一名内科医生的成功,精确的诊断至关重要,但绝非必不可少。许多临床医生,尤其是神经科医生,更多的是受到智力挑战的刺激,去推断引起患者症状的原因。就像大侦探福尔摩斯一样,成为一位娴熟的内科医生之后,要把自己塑造成一位侦探式的临床医生,趁在临床上与患者邂逅之机,贪婪地搜寻着任何有可能的线索。

这一搜寻的过程,是从对患者的关注及对其着装、举止、情绪、做事风格以及身体标志的观察分析入手的。紧盯着与患者握手,患者步入诊室的过程,持续为诊断找出线索。当患者自发地描述他或她所出现的问题时,医生会仔细地倾听,然后将患者对医生提出的尖锐问题的回答作出解释、评论,并且适时打住。接下来,侦探式的内科医生对患者进行一次细心的全身和神经系统查体,去验证由病史采集中生成的线索、直觉、假设和推理。最后,这位医学侦探将会利用从化验室、影像学、生理学检查所获得的信息,生成一完整的鉴别诊断,并且对可能存在的各种病理学改变作出定量评估。临床医生应充分地利用任何的或者全部的可以利用的信息,作为诊断的线索。一些患者,其疾病的诊断主要依靠病史,另有一些患者的诊断主要依靠体格检查中所获得的意外发现,也有一些诊断是通过对患者大脑影像学 and 化验室异常结果的仔细分析而得出的。

对一个疾病的诊断不仅应该包括现有疾病和既往疾病的病因,还应该包括从广义上对疾病作出的分析,如同Barondess³对此曾描述的那样。对于患者所表现的症状和体征是如何影响到患者,这一点临床医生应从患者、伙伴及其家人(患者周围的环境)那里寻找信息和线索。出现的问题是如何扰乱患者社会背景的? 患者的活动、态度以及情感是如何改变的? 患者的周围环境有如何变化?

正如Tumulty^{1,2}所建议的那样:一名全面的临床医生,不仅仅是一名超级诊断者。如果作出的诊断不能在某些方面帮助患者及其周围的人理解和处理患者所患的疾病,那么诊断是毫无价值的。最理想的情况是,精确的诊断将直接导致有效的治疗,但每一名经历过诊治内科及神经系统疾病的临床医生都会知道,能够真正治愈的疾病如同凤毛麟角,极其稀少。医生们都会很清晰地记得,经过他们的治疗后有了明显好转或完全康复的为数不多的患者,脸上带着微笑,是那樣的自豪。得了恶性贫血(pernicious anemia)、肺炎球菌性肺炎(pneumococcal pneumonia)、黏液性水肿(myxedema)、第三脑室胶样囊肿(colloid cysts of the third ventricle)和正常颅压脑积水(normal pressure hydrocephalus)等疾病患者的治愈完全取决于我们正确的诊断。然而,大多数的疾病或者是慢性的,或者是不太容易医治的。我们引用Loeb的理论,人类的疾病可归属三个基本毛病中的一个或更多:“先天不足、运气不好和损耗殆尽”。医生们经常感觉到就像一个小孩用他的手指暂时去填塞一下水闸,实际上他们只不过是在拖延遗传学程序、时间、不健康的生活方式以及疾病带来

的不可避免的毁坏。

称职的临床医生会有计划地针对患者表现出来的特定的病理学及病理生理学改变进行特定的治疗。最重要的是医生应具备与患者巧妙且通俗的沟通能力^{5,6}。向患者解释疾病的性质、治疗的变更以及给予特别忠告的原因,这些都是很重要的。引导出患者(及其家属)所关注的和所恐惧的问题也是很关键的,从而可以直接对其所关心的方面作出回应和解答。医生常对患者所关注的问题感到很诧异,于此可与医生想象中的患者有天壤之别。内科医生还要监察患者对这些解释和忠告的理解程度。真正的临床医生是要帮助患者、家属、朋友以及看护者了解患者出了什么毛病、可能会发生什么、发生的问题将会如何影响患者以及他们自己,并告知他们应该如何作出最佳反应。临床医生会在患者最需要的时候帮助他们处置,给患者一些建议,并视之为朋友。

神经科医生和神经病学诊断⁷

“人类本身的研究是对大脑的研究;医学实践的终极目的是保护大脑”。

——医学博士 Fred Plum

(1988年在布朗大学神经科学系题词的演讲上,普罗维登斯, R.I.)

神经科医生与内科其他专科医生的区别是什么?

神经科曾被一些人誉为“临床各科室中的皇后”。尽管神经科医生实际上仅是内科学的一位亚专科医生,经过培训,具有一定的经验,在神经系统疾病方面有一定的专业特长,但是,神经病学又与内科其他专业有着明确的差别。以我们的观点,有以下三个主要区别:

神经科曾被一些人誉为“临床各科室中的皇后”

1. 在神经病学,解剖学,尤其是神经系统解剖学,最为重要。神经科医生会不由自主地优先专注于疾病的解剖结构,这一点与大多数的一般开业医生及内科医生是不同的。神经系统是由非同源性成分所组成的。有谁能想象出身体的其他部分能同大脑、脊髓、周围神经以及肌肉那样的差异迥然呢?神经系统的每一个组成部分都是大不相同的,并且由具有各种不同的外观、功能以及对各类疾病敏感性各异的多种亚单位所组成。相反,多数其他的内脏器官都是更为同质。部分的肺脏、肝脏、胰腺、脾以及骨髓,其组织组成看起来都很像,且功能完全相同。在这些器官中,疾病的发生受器官功能遭到损害的数量所决定,而不是取决于疾病的定位及解剖学特点。

2. 进行一次全面的和仔细的神经系统查体比其他内科查体更为复杂,且更加耗费时间。非神经科医生对于所有神经科查体和对查体结果进行解释的知识了解较少。

3. 临床接诊后(病史采集及体格检查),熟练的神经科医生比临床医学其他分科室的医生更能够得出一个相对准确的鉴别诊断。

在其他的内科专业中,比如血液学、内分泌学以及肠胃病学,血液、体液的实验室分析和放射线检查,在提示疾病初步诊断的考虑中相对起到了更为重要的作用。试想一下,如果一名血液科医生没有血细胞计数或者不能看血液涂片的话,他怎么看病?如果一名肾内科医生没有血尿素氮、血肌酐以及电解质的结果,甚至连尿液都无法查看的情况下,他能看好病吗?如果一位肠胃科的医生没有肠道的X线透视或者没有肝功能的结果,他能看好病吗?而在神经病学、影像学及其他放射学、生理学以及实验室检查过程,其结果都需要结合临床实际情况加以提炼和推敲形成诊断的印象。与其他大多数的内科专业相比,神经科医生更可能利用他们的眼睛、耳朵、双手以及头脑了解得更多一些,而并不是仅仅靠技术学的帮助。当然,反过来也是一样:如果神经科医生接诊患者后并未作出正确的鉴别诊断以及疾病的解剖定位,他们也经常会有一种无望的失落感。曾有人说过,真正的神经科医生是能够在弹尽粮绝的情况下作出诊断的医生。换一种方式讲,神经病学比任何其他的专业更需要依靠临床遇到的实际情况以及对其现象的解释。

神经科医生情不自禁地想到解剖学是合理和正当的吗?

作为灵长类动物发育的巅峰,人类大脑、脊髓及其他神经系统的结构有着迷人的奥秘,吸引内科医生从事神经病学的主要因素可能就是解剖学的注重以及神经病学临床诊断过程的系统性和逻辑性。对解剖学所产生的强迫和执著是正当的吗?渴望准确地定位病变,细如只有在学术上才能做到的毛发水平一样(是知识和教育学的自淫, intellectual and pedagogical masturbation),或者说有要知道病变所在的务实的理由吗?拥有了例如计算机断层扫描(CT)及磁共振成像(MRI)的影像技术,是否使得临床定位诊断过时了呢?我坚信临床定位诊断在对患者的治疗中仍然有着至高无上的重要性,即使是在当今的CT/MRI时代,它的重要性仍然有增无减。确实是有这么一些实际情况,而不是在开国际玩笑,神经科会诊只剩下了两种适应证:①影像学检查阳性结果;②影像学检查阴性结果。全科医生常常不去试着对病变作出定位诊断,结果导致了对脑脊髓的成像评定偏了位,或者给患者开出了与最可能的疾病过程毫不相干的一些昂贵检查。

一些大脑和脊髓的病变，在 CT 和 MRI 上并不都能很好地成像

有位神经外科医生请我们其中的一人(Caplan医生)对一位最近注意到他的右侧上、下肢无力的患者会诊。头颅CT扫描发现一个单一分离的、界限清楚的病变，位于左侧中央前回近中线的区域，静脉注射对比剂有强化效应，存在着局部的占位效应，而一般扫描片上却是正常的。临床查体发现了意料之中的右侧偏瘫，主要是右侧下肢远端和右侧肩部的中度无力。手及大腿有力，语言功能正常。但出乎意料的是，在给患者用一个白色的小别针进行面对面视野检查时发现患者有左上象限盲，并且患者很难画出一个房子或者临摹一个复杂的图形。很清楚，在右侧颞叶、顶叶结合部位还存在一个病灶，这是通过床边查体发现的，而不是通过CT扫描见到的。我竭力劝阻那位神经外科医生推迟手术计划，原定的行左侧大脑半球的病灶切除手术。接下来的检查表明是——肾细胞癌。后来做MRI也显示在右侧颞叶后区的深部有一转移病灶。

短暂性脑缺血发作通常在神经影像学检查上是看不到病灶的。涉及癫痫发作的患者，通常进行过多的影像学检查，而不去做脑电图。由于双下肢无力就考虑患者有脊髓压迫症，要继续给患者行腰椎影像学检查，却不去想一想脊髓的末端位于腰椎之上，如果努力查找，可能会确定有一个感觉平面，正确的影像学检查部位应当是在颈椎或胸椎。当然，最为精确的大脑成像技术也不见得都能提供脊髓、周围神经以及肌肉等部位病变的有用信息。

临床定位需要选择最佳影像学 and 生理学检查，以精炼临床诊断

对于颈髓的疾病，其检查的手段可能包括颈髓X线平片、颈部CT或MRI、脊髓造影或体感诱发电位。对于脑干、大脑的病变，甚至是脊髓尾段的病变，做这些评价计划不仅仅是个不恰当的，而且可能无用。例如有一例患者，怀疑有血管的闭塞性病变影响到左侧延髓，引起右侧肢体无力。临床医生一定想要知道左侧锁骨下动脉以及左侧椎动脉的颅内和颅外段的非创伤性的血管超声检查结果。MR血管成像以及CT血管成像等技术的改进，可以显示骨内段的椎动脉，而在以前的无创性检查，这是一段未知区域。如果需要做血管造影，首先应当做左侧椎动脉造影⁸。如果同一患者的右侧偏瘫是由左侧大脑半球缺血所致，那么就应该对左侧颈总动脉和颈内动脉进行无创性检查，血管造影也要先做这些动脉。

脑和脊髓的手术与腹部和胸部手术有很大的区别。由于头骨和脊柱的存在，要求在手术之前必须精确定位，而不像腹部的手术，只要在腹中线作个切口后，

就可以简单地进行腹部探查了。

病变的定位常能判断出最可能的疾病

让我们来思考一下,一位伴有四肢无力的患者,如果其无力的原因是肌肉疾病的话,那么其鉴别诊断将完全不同于严重的周围神经病引起无力的患者。脑干、双侧大脑半球或者脊髓的病变,也都能引起四肢瘫痪,但是这三个部位的诊断考虑将是不同的,并且也完全不同于肌肉及周围神经病所引起的四肢瘫痪。

偶尔,精确的临床定位往往能预测可能的病状。一位年轻女性主诉乏力和前额部疼痛,并伴有闭经,体格检查时发现双眼颞侧偏盲,病变定位于视交叉。此患者患垂体瘤的可能性非常大。另一位老年女性患者,不能详细提供她的病史,左侧有霍纳(Horner)征,左侧面部和右侧半身痛温觉减退,左侧肢体共济失调,声音嘶哑,左侧咽喉部肌肉无力,这些结果高度提示是一个左侧延髓的病变。最大的可能是左侧椎动脉颅内段闭塞所致的延髓外侧梗死。

通过脑影像学或尸检对具有临床体征患者的解剖学定位的了解,也可指导医生对下一位有类似临床表现的患者的定位。

还有什么会比理解人的大脑更具刺激性、更具有挑战性呢?

定位诊断还会帮助我们理解神经系统的各个部位是如何工作的。通过脑影像学或尸检对具有临床体征患者的解剖学定位的了解,即使在没有神经影像学检查或在检查之前,可指导医生对下一位有类似临床表现的患者的定位诊断。还有什么会比研究人的大脑更具刺激性、更具有挑战性呢?你不去把握人脑,又怎么会理解人的思维和行为呢?相比较肺、肝、心脏、胰腺,或其他人体器官,人的个性、人格、智力以及人的行动的确与人脑的功能关系更为密切。

神经科医生所采用的主要策略和规则是什么?

像任何成功的临床医生一样,神经科医生在给患者治病时,必须关注人与环境,如同Barondess³所界定的那样。对于神经科医生而言,在诊断上有三条必不可少的基本原则(这也适用于其他的临床医生):

1. 神经科医生应该经常问:疾病的机制是什么?位置在什么地方?这两个问题应该在接诊时同时去追查。

2. 神经科医生要提出并且验证假设,在临床观察的每一阶段逐渐地精炼这些假设。假设应较早地提出,并在整个临床观察中向前推进。病史采集期间和之后,全身体格检查和神经系统检查期间和之后以及在每一项安排的检查或一系列实验室检查之后,熟练的神经科医生便会塑造和精炼解剖定位以及疾病诊断,这一点与雕刻家非常相似,在大理石上一片一片地逐渐往下雕琢,慢慢地就露出了庐山真面目。

3. 神经科医生想问题是以概率来衡量的,而不是绝对的。一个特殊的诊断有多大的可能性——80%? 50%? 其他可能的诊断是什么? 它们正确的概率怎样? 当然,还有一些诊断,尽管不是特别相关,但却是非常关键的,不容忽视。

患者所患疾病的机制是什么? 什么样的资料有助于回答这个问题?

简单地讲,疾病的机制是指引起患者症状、体征以及实验室检查异常的疾病的病理实体和病理生理学。主要线索来自于病史采集中的错误。资料包括:

患者的人口统计学

年龄、性别以及种族影响着患者所患特殊疾病的几率。一位老年男性有一个局灶性脑部病变,与同样病变的年轻女孩相比,前者会有一组不同的病因学概率。患者的居住地同样也影响着这个概率。明尼苏达州及大不列颠的居民患多发性硬化(multiple sclerosis)的几率要远远超过北非或美洲中部地区的居民。墨西哥和洛杉矶的囊虫病比威斯康星州更为常见。

患者疾病的“生态学”

一位患者的既往个人史以及既往所患疾病能为诊断提供些线索。已知道有肺癌的存在,由于肿瘤的直接扩散和转移,或者是由于癌症的间接效应,将会大大增加神经系统症状的可能性。一位既往有冠状动脉和周围血管闭塞性疾病的患者,当他出现左侧偏瘫时,则高度提示可能是由右侧颈动脉的粥样硬化或心源性栓塞导致的脑卒中。一位确诊为系统性红斑狼疮的患者,当出现意识模糊时,最大可能是发生了类固醇性精神病,或者是由于血小板减少引起的脑出血,或者是与狼疮抗凝物或其他凝血紊乱相关的梗死,或者是自身免疫性脑病。

家族史、职业以及患者所暴露的各种危险因素

这些因素也影响着疾病的概率。到目前为止所提及的资料并没有包括现患

病的症状；它们仅包括了患者及他（她）既往所患疾病和环境的人口统计学信息。这种信息经常可以得到，即使是在神经科医生看到患者之前，可能已经与内科医生或是安排前来就诊或会诊的人进行了沟通。我把这些资料的积累称作“优先几率（a priori odds）”⁹。

假设，作为一名神经科医生，被急诊室的内科医生请来给他的患者会诊，一位38岁的女性，患有风湿性二尖瓣狭窄及心房纤颤，出现了左侧上肢无力。不用知道现在所患疾病的特异症状之前，你的脑子里便会高度怀疑最可能导致这种神经系统病变的原因在于其已知的心脏病所致的脑栓塞。假设有一位27岁的同性恋剧作家，他出现了行为改变，你优先的断言便是他所出现的问题与艾滋病有关。当然，“优先几率”仅仅是对可能性的猜测而已，与患者现在所患疾病可能没有什么关系。那位患有风湿性心脏病的年轻妇女很可能是由于枕着胳膊睡觉所致的桡神经麻痹，而那位剧作家很有可能是被人行凶抢劫所致的头部损伤。不幸的是，很多非神经科医生将他们的诊断完完全全依靠在这些“优先几率”上面——一种连带归罪法（a kind of guilt by association）。神经科医生正是使用了这种“优先几率”在临床观察期间，提出了值得追踪考究的假设。产生的假设可以被确定，也可以被推翻，取决于现存问题的进一步信息。

病史采集及体格检查之后了解家族史和遗传信息也是非常重要的，它可以帮助神经科医生对神经系统病变部位进行定位。有神经病、肌病、痴呆病史患者的家族史可能是最终诊断的首要线索。

现病症状的起病

一些疾病是在活动中突然发生（比如，脑出血或脑栓塞），而另一些疾病则可能发生在夜间或晨起时（如脑血栓形成或腕管综合征）。

病程

我们认为，这是病史资料中最不可或缺的项目。一个突然起病的脑部病变，开始时症状即达到最大化，进展和消失的都很快，最大的可能是脑栓塞；而局灶性体征发展及演进达数月之久，并且逐渐进展则更可能是由肿瘤所致。症状逐渐发展并且进展严重，达数年，通常是由变性疾病引起。在多发性硬化，神经功能缺失的进展通常经过了数天到数周的一段时间，稳定，然后逐渐缓解，这种病程与大多数其他的神经系统病状的情况不同。既然病程的确立在诊断中是如此的重要^{9,10}，我们将在第3章关于如何采集病史内容中作更详尽说明。